



Sistema di Gestione della Qualità

M 9.1.2 – Reclamo

Data em. 20.06.2017

Rev. 00

Pagina **1** di **1**

Alla c.a. Direzione Amministrativa
Direzione Sanitaria
Istituto Dosso Verde
Viale Corsica 82
Milano

Nome utente.....

Indirizzo..... Tel.....

Oggetto del reclamo:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data o periodo al quale si riferisce il reclamo

Eventuali note

Data.....

Firma.....

